

療育手帳交付申請書

令和 年 月 日

長崎県知事 様

療育手帳の交付を下記のとおり申請します。

申請者 _____（続柄 _____）

のり
1年以内に撮影した 縦4cm×横3cmで上 半身・脱帽・無背景 (耐久性のあるもの) 裏面に氏名を記載

※太枠の中を記入下さい。

本人	フリガナ			生 年 月 日		
	氏 名	姓 _____	名 _____	男・女	年 月 日	歳
	個人番号	_____				
	住 所	〒 _____	_____	電話 (_____)	_____	
	施設を利用 中の場合	施設名 _____				

保 護 者	フリガナ			続 柄
	氏 名	姓 _____	名 _____	
	住 所	〒 _____	_____	電話 (_____)
台帳管理	市・町			

通信欄：

--

市支所受付印	台帳管理市町受付印	判定機関受付印